Aus der Hertz'schen Kuranstalt Bonn.
Direktor: Prof. Dr. König

Beiträge zu den Symptombildern des manisch-depressiven Irreseins.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der
Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität Bonn

Vorgelegt am 10. Juli 1930
von
ROBERT BECKER
Arzt
aus Vorst bei Krefeld.

Bonn 1930
Buchdruckerei PAUL KUBENS, Dorotheenstraße 20.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. König
Korreferent: Prof. Dr. Hübner.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Manie und Melancholie sind die Krankheitserscheinungen, die von Galen für Zustände von Erregung und Verstimmung gebraucht wurden. Während als Melancholie das Bild der Schwermut galt, verstand man unter Manie ganz allgemein die Tobsucht. So kam es, daß manche Bilder von Melancholie, nämlich solche, die mit tobsüchtiger Erregung einhergehen, als Manie bezeichnet wurden.

Die Kenntnis der Tatsache, dass Manie und Melancholie einander häufiger ablösen, reicht gleichfalls bis in das Altertum zurück, ebenso wie die Annahme einer gewissen Verwandtschaft zwischen ihnen, welche diese Formen als affektive Psychosen zusammenfassen liess.

Weit zurück führen auch die Mitteilungeu über periodisch wiederkehrende Psychosen, als deren frühest beschriebener Vertreter ja König Saul genannt zu werden pflegt. Die periodischen Psychosen, vor allem ihr wesentlicher Bestandteil die »folie circulaire« Falrets, die »folie à double« Baillargers wurden zu einer weiteren und wohl der wichtigsten Quelle des manischdepressiven Irresein. Diese Krankheitsbilder sind es auch, die am eifrigsten studiert wurden und damit schon früh eine symptomatologische Vertiefung erfuhren.

Lange Zeit hinaus ging das Bestreben dahin, die periodischen Psychosen streng von den einfachen zu trennen. Aber man wusste doch, dass die einfachen affektiven Seelenstörungen mitunter Recidive zeigten, ein Umstand, der die klinische Umgrenzung besonders erschwerte.

Endlich hat Morels »folie héréditaire« die einfachen affektiven und die periodischen Seelenstörungen mit vielen anderen degenerativen Zuständen unter einen großen Gesichtspunkt gebracht und damit die Frage der Entstehung, den gemeinsamen konstitutionellen Charakter in den Vordergrund geschoben.

Während noch manche Autoren, auch in neuerer Zeit, die Manie, die Melancholie und die circulären Formen in ihren Lehrbüchern gesondert behandeln, hat Kräpelin und seine Schule diese Erkrankungen zusammengefasst zum »manisch-depressiven Irresein«.

Nach Kraepelin umfasst das manisch-depressive Irresein einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und circulären Irreseins, anderseits die einfache Manie, den größten Teil der als Melancholie bezeichneten Krankheitsbilder und auch eine nicht unerhebliche Anzahl von Fällen, die bis dahin zur Amentia gezählt wurden. Endlich rechnet er noch dazu gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils dauernde krankhafte Stimmungsfärbungen, die einerseits als Vorstufe schwerer Störungen anzusehen sind, anderseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagung übergehen.

Die Anfälle des manisch-depressiven Irresein führen, nach Kraepelin, niemals zu einer tieferen Verblödung, selbst dann nicht, wenn sie das ganze Leben fast ohne Unterbrechung ausfüllen.

Die typischen Zustandsbilder des manisch-depressiven Irresein, die Manie mit heiterer Stimmung, Ideenflucht, Bewegungsdrang und die Melancholie mit Depression, Denkhemmung und Bewegungshemmung, fin-

den sich nicht bei allen Erkrankungen dieses Formenkreises. Oft findet man, daß die verschiedenen Grundsymptome der Manie und Melancholie sich mischen können, sodaß z. B. eine Manie mit heiterer Stimmung, Denkhemmung und Bewegungshemmung entsteht.

Die Schwierigkeit, Krankheitsbilder zu erklären, die manische und depressive Symptome enthalten, hat Kraepelin dazu geführt neben der Verlaufsform, den Uebergängen der Phasen ineinander seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Frucht dieser Betrachtungen war das manisch-depressive Irresein als ein innerlich fest zusammenhängendes Krankheitsbild, das in besonders auffallenden Formen, den sogenannten Mischzuständen auftreten kann.

Diese Lehre von den Mischzuständen hat Kraepelin und seine Schule ausgebildet und als wertvolle Errungenschaft festgehalten. Urstein sind sie ein Dorn im Auge und er macht gegen sie Front:« Die Einverleibung der Mischzustände in den Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins bedeutet für die Psychiatrie, wie ich glaube, keineswegs den Fortschritt den man darin erblicken wollte und heute noch sieht.« Theoretisch seien sie recht sinnreich konstruiert, ihre Schilderung passe aber dermaßen auf viele, nachher endgültig verblödete Patienten, daß offenbar mancher Katatoniker bei diesen Schilderungen vorbildlich gewesen sei.

Mit dieser Ablehnung der Mischzustände scheint Urstein im wesentlichen isoliert zu stehen. Allgemein anerkannt wird aber die Schwierigkeit, manisch-depressive Mischzustände von der Dementia praecox zu unterscheiden.

Aber nicht nur zwischen den großen Gruppen des Seelenlebens selbst kann eine Mischung statthaben, sondern auch zwischen den einzelnen Teileinheiten, wie Denkhemmung-Ideenflucht, wofür sich sowohl Kraepelin als auch Bleuler in ihren Lehrbüchern aussprechen. Dagegen ist Stransky der Ansicht, dass Rededrang bei Denkhemmung so gut stets auf psychische Schwäche hinweise, besonders, wenn der Sprechdrang nicht einmal die Form des Mitteilungsdranges annehme. In solchen Fällen solle man an Dementia praecox denken. Er steht den Mischzuständen überhaupt ziemlich skeptisch gegenüber und ist der Meinung, von einzelnen Autoren würde diese Diagnose zu oft und mit zu wenig richtiger Begründung gestellt. Die manisch-depressiven Mischzustände zeigten keine ataktische Zerfahrenheit innerhalb der Psyche. Wo solche inneren Unstimmigkeiten des Bildes vorlägen, handele es sich gewöhnlich um Katatonie. Andererseits gibt er zu, daß bei der unproduktivenManie geistige Schwäche nur vorgetäuscht werden könne.

Bei Vergleichung von verschiedenen Stuporzuständen betont Bornstein, daß der manische Stupor und ein atypisches Stupurbild bei der Hebephrenie, in welchem die Kranken oft wochen- und monatelang ganz apathisch dasitzen, kaum eine Reaktion zeigen, unter sich lassen, aber keine manirierten Posen, kein Grimasieren, keine Katalepsie aufweisen, oft sehr ernste, manchmal unüberwindliche diagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Bumke warnt gleichfalls auf dem Gebiete der Mischzustände vor diagnostischen Irrtümern, betont aber

daß durch sie das diagnostische Können sehr verfeinert sei.

Wenn auch das manisch-depressive Irresein als Krankheitsbild fast allgemein anerkannt ist, so ist doch, wie wir sehen, die Erkenntnis seiner atypischen Verlaufsformen häufig mit großen diagnostischen Schwierigkeiten verknüpft und die Grenzfälle vielfach umstritten. Von diesem Gesichtspunkt aus ist jeder Beitrag zur Verlaufsart des manisch-depressiven Irreseins willkommen.

Es folgen nun 21 Krankheitsfälle des manisch-depressiven Irreseins aus der Hertz'schen Kuranstalt in Bonn.

Der besseren Uebersicht halber folgen zuerst die einfachen, dann die periodischen und circulären Erkrankungen,

Fall 1. Frau K. F. 48 J.

Vater Arterienverkalkung, Mutter herzleidend. Großvater und Urgroßvater viel Migräne. Sie selbst früher immer gesund, wohl viel Kopfschmerzen und typische Migräneanfälle. Begabung über den Durchschnitt. Sei seit dem Tode ihre Mutter 1922, die sie vier Jahre lang gepflegt habe, nicht mehr recht in der Reihe gewesen. Der jetzige Zustand begann vor 8 Wochen. Patientin glaubte sich verfolgt von Leuten, die unten im Hause wohnten. Mehrere Wochen war sie in einer Nervenklinik in Behandlung, leichte Besserung. Dann 4 Wochen in einem Bad bei Verwandten zur Erholung. Hier aber traten die Verfolgungsideen von neuem auf. Suicidversuch. Deshalb Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 22. 5. 1928.

Patientin übt passive Resistenz bei der Untersuchung, spricht in weinerlichem Tone, ist sehr misstrauisch. Im übrigen zeitlich, örtlich und persönlich orientiert. Sie ist sehr einsilbig und liegt meist beschäftigungslos zu Bett. Das Essen macht Schwierigkeiten. Glaubt sich immer noch verfolgt. Man wolle sie wahrscheinlich umbringen. Ist manchmal unorientiert. Dieser Zustand hält etwa 2 Monate an. Patientin wird dann etwas lebendiger, geht regelmässig in den Garten. Die Besserung hält an. Zwischendurch kommt Patientin aber immer noch mit absurden Ansichten und Auffassungen.

Am 31. X. 1928 ist die Depression fast völlig verschwunden. Patientin kommt zur Entlassung.

Wir haben hier eine im Klimakterium entstandene Melancholie mit Verfolgungsideen vor uns. Eine erbliche Belastung ist in diesem Falle wohl anzunehmen und zwar durch die Migräneanfälle.

2. Fall. Herr L. A. 41 J.

Keine erbliche Belastung. Früher immer gesund gewesen. Seit 10 Jahren verheiratet, zeitweise Magenstörungen. Einmal wegen Magengeschwür operiert, sonst immer gesund. Bei der Rückkehr von einer Amerikareise auf dem Schiff an Grippe mit Kieferhöhlenentzündung erkrankt. Brach zu Haus völlig zusammen. War sehr glücklich als er in seinem Bette lag, leicht manisch, redete mit Pathos. Am 23. V. 28 bekommt er einen Zornesausbruch, beschimpft seine Frau, ist sehr unruhig, aufgeregt, will im Geschäft und zu Hause alles umändern, auf den Kopf stellen. Wird am 25. V. 28 in die Hertz'sche Kuranstalt aufgenommen.

Patient ist ausgesprochen lebhaft, unruhig, gehobener Stimmung, redet sehr viel, singt, ist leicht gereizt. Zieht sich aus und turnt über die Betten, ist deutlich ideenflüchtig. Innerhalb von 14 Tagen klingt die maniakalische Erregung ab. Patient bleibt aber noch hypomanisch, spricht lebhaft und viel, schreibt viel und ist noch ohne Krankheitseinsicht. In weiteren 14 Tagen bildet sich der hypomanische Zustand so weit zurück, daß Patient entlassen werden kann. Er ist krankheitseinsichtig.

Eine erbliche Belastung liegt in diesem Falle nicht vor. Nun tritt im 41. Lebensjahre eine manische Phase ein, im Anschluß an eine schwere Erkrankung. Diese Erkrankung muß man wohl in diesem Falle als auslösende Ursache ansehen.

Fall 3. Herr G. N. 38 J.

Sein Vater war manisch-depressiv (Manie). Patient bekam den ersten Anfall mit 16 Jahren. Es handelte sich um eine Manie mit vereinzelten depressiven Zügen. Dieser Anfall dauerte einige Wochen. Dann war der Patient gesund bis 1920, wo sich ein neuer manischer Anfall einstellte, der aber, wie beim ersten Anfall keine Anstaltsbehandlung notwendig machte. Erst der dritte Anfall im Jahre 1921 verlief heftiger. Patient war vom 6. 12. 21 — 19. 2. 22 in einer Anstalt. Hier starke motorische Unruhe, Ideenflucht, heiter, zeitweise sehr gereizter Stimmung.

Bis August 1923 ist Patient gesund. Dann setzt wieder Schlaflosigkeit und Unruhe ein, er kommt überall in Konflikt. Am 23. 8 23 Aufnahme in die Hertz'sche

Kuranstalt. Patient ist außerordentlich angeregter, fröhlicher Stimmung, die nur durch seine Gereiztheit unterbrochen wird. Er schreibt ellenlange Briefe, die von Ideenflucht und Unsinn strotzen, bleibt orientiert, zeitweise unruhig. Entweicht am 1. 11. 23 aus der Anstalt.

Am 20. 10. 27 kommt er wieder zur Aufnahme, war in den letzten 3 Wochen wieder unruhig und gereizt Der jetzige manische Anfall zeigt dieselben Bilder wie der vorhergehende, nur verläuft er im allgemeinen leichter. Entlassung am 24. 11. geheilt.

Wiederaufnahme am 5. 9. 1929. Der Anfall verläuft noch leichter als der letzte. Patient ist weniger erregt und gereizt, aber deutlich ideenflüchtig und heiterer Stimmung. Entlassung nach $3^1/_2$ Wochen als deutlich gebessert. Patient ist krankheitseinsichtig.

Wir sehen in diesem Falle eine gleichsinnige Vererbung. Vater war ebenfalls an einer Manie erkrankt. Die Manie beginnt zur Zeit der Pubertät mit 16 Jahren. Die Anfälle nehmen bis zum vierten an Stärke zu, um in den zwei letzten Anfällen wieder an Schwere nachzulassen.

Fall 4. Herr M. N. 39 J.

Nach den Angaben des Vaters besteht keine Erblichkeit; normale Entwicklung, gut begabt. Seit Ende Mai 1911 viel Alkohol, schläft unruhig, hat verworrene Größen- und Verfolgungsideen, wird aggressiv.

11. 8. 1911 in eine Heil- uud Pflegeanstalt eingewiesen. Er ist zeitlich und örtlich nicht völlig orientiert, zeigt Ideenflucht, Wahnideen, Geruchs-,

Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. Er ist häufig widerstrebend, agressiv, unrein. Plötzliche Albernheiten, lacht laut, redet in läppischer Weise, grimassiert. Von Ende November bis Anfang Januar verstimmt, manchmal gereizt. Spricht oft lange Zeit kein Wort. Besserung. Entlassung am 10. 2. 12.

8. 11. 14 wird er wegen zunehmender Erregung und Verwirrheit in die psychiatrische Abteilung des Res. Laz. R. aufgenommen.

5. 1. 17 Wiederaufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt. Patient ist erregt und agressiv, redet völlig konfus und zusammenhanglos. Zustand bessert sich schnell. Entlassung 12. 4. 17.

Am 21. 2. 19 kommt Patient freiwillig und aus eigenem Entschluß zur Aufnahme. Er ist völlig orientiert und ruhig, aber ideenflüchtig. Entlassung 12. 6. 19.

Am 14. 6. 19. wird er wegen starker Unruhe wieder eingewiesen. Er ist zeitweise hochgradig erregt. Ideenflucht. Grimassieren. 1. 9. 19. Patient fühlt sich wohl, ist krankheitseinsichtig Entlassung.

27. 2. 21. Nochmalige Aufnahme. Seit 2 Tagen erregt, redet konfus, will immer arbeiten. Zeitlich und örtlich ist er orientiert, zeigt Ideenflucht. Besserung, entlassen am 23. 5. 21.

20. 8. 29. Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt. Nach den Angaben der Ehefrau hatte der Patient alle 2 Jahre im Sommer Erregungszustände, die sich von Frühjahr bis Spätsommer hinzogen. In diesen Anfällen sprach er unaufhörlich, war unruhig, schlief schlecht und hörte dann auf zu arbeiten. Sonst ist Patient sehr solide, fleissig, raucht wenig und trinkt fast garnichts mehr.

Bei der Aufnahme leistet der Patient erregten Widerstand, schimpft in einem fort, ist ausgesprochen ideen- und redeflüchtig. Bald wird er ruhiger, heiter, gutmütig, macht allerhand Witze, ist läppisch, lacht oft unmotiviert. Er steht unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, akustischer, wahrscheinlich auch optischer Art. Patient ist ruhig, aber noch leicht ideenflüchtig und wird am 2. 11. 29 versuchsweise auf Veranlassung der Frau nach Hause entlassen.

Wir haben hier eine periodisch verlaufende Manie vor uns, mit nur einer einmaligen kurzen Verstimmung. Eine heriditäre Belastung liegt anscheinend nicht vor. Der Patient zeigt, besonders in dem ersten Anfall, ausgesprochene schizophrene Erscheinungen. Es lag nahe, besonders bei dem ersten Anfalle, die Diagnose auf Dementia praecox zu stellen, was in diesem Falle auch geschehen ist. Der weitere Verlauf der Krankheit zeigt, trotz noch verschiedentlich auftretenden katatonen Zügen, typisch manische Anfälle. Ebenfalls besteht trotz der häufigen Anfälle in den Intervallen kein geistiger Defekt. Die Anfälle werden mit fortschreitendem Alter eher leichter als schwerer. Es zeigt sich also, daß wir diesen Krankheitsfall dem manisch-depressiven Irresein zurechnen können.

Bemerkenswert ist noch, daß die Anfälle ungefähr in einer 2 jährigen Periode auftreten und die einzelnen manischen Anfälle im Frühjahr beginnen, um mit dem Herbst wieder abzuklingen.

Fall 5. Herr A. P. 46 J.

Mutter soll schwermütig gewesen sein. Er selbst hat schlecht gelernt. Früher viel Alkohol. Von Februar

bis Mai 17 in einer Anstalt wegen starker Erregung. 1918 für 3 Monate wieder in einer Anstalt. Beidemal ist die Geisteskrankheit angeblich durch Trunksucht entstanden. Entmündigung durch seine Geschwister, nach 2 Jahren wird diese wieder aufgehoben. Im Herbst 27 finden wir den Patienten in einer Heil- und Pflegeanstalt, Hier war der Patient völlig verwirrt, sehr unruhig und unrein, stark ideenflüchtig. Nach 4 Wochen als geheilt entlassen. In den letzten 8 Jahren hat er angeblich nicht mehr, wie früher, viel Alkohol getrunken.

Am 25. 5. 28 Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt, freiwillig. Er ist gut orientiert. Schlaf sehr schlecht. Er ist deutlich hypertrophisch-expansiv. Spricht viel und lebhaft, hat allerhand große Pläne. Krakelt, räsoniert und wird lebhafter und schwieriger nach einigen Tagen. Der Schlaf ist sehr schlecht. Patient ist leicht gereizt. Er erzählt allerhand und ist bei allen Anordnungen des Arztes oppositionell. Nach 14 Tagen in seiner ganzen äußeren Haltung ruhiger, aber immer noch gereizt, deutlich expansiv und wenig einsichtig. Der Schlaf ist etwas besser. Verläßt leicht gebessert die Anstalt.

Wir haben hier eine periodisch verlaufende Manie vor uns, mit mehr oder weniger schweren Phasen. Der starke Alkoholgenuß des Patienten in früheren Jahren ist hier vielleicht auf die manisch-depressive Erkrankung zurückzuführen.

Fall 6. E. S. Alter 50 Jahre.

Eine Schwester war wegen Melancholie in Anstaltsbehandlung. Patient selbst war in der Jugend gesund, war gutmütig, schnellfassend, von gutem Gedächtnis.

Keine Ausschweifungen. Ende Januar 1908 erkrankte der Patient plötzlich an Schlaflosigkeit. Schnell stellten sich Größenideen ein, dann Verfolgungsideen. Halluzinierte, sah Gestalten, die ihm was antun wollten. Wird in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Dort war er unruhig, äußerte Verfolgungsideen, Versündigungsideen, war vollkommen unorientiert, sehr ideenflüchtig. Er schmierte, aß nicht von selbst, hörte allerlei Stimmen. Anfang März stellten sich einige freie Momente ein, in denen er orientiert war. Es trat Besserung des Zustandes ein. Der Patient wurde ruhiger, freundlicher, aber immer noch stellten sich unruhige und verwirrte Phasen ein. Am 13. August wird er in gutem Zustande nach Haus entlassen.

Am 4. 12. 28 wird der Patient vom Krankenhaus nach der Hertz'schen Kuranstalt überführt. Er ist wieder vollkommen verwirrt, lacht unmotiviert, grimassiert, ist sehr unruhig, ideenflüchtig, redet lauter unverständliches Zeug, macht allerlei Faxen. Steht unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, unterhält sich mit seiner Frau, seinen Freunden, schimpft und brüllt oft. Seit Anfang Januar ruhiger und geordneter, beginnt sich zu orientieren. Zwischendurch ist er aber wieder konfus und macht allen möglichen Unsinn. Am 14. 1. ganz ruhig, örtlich, zeitlich und persönlich orientiert, leicht verstimmt. Am 20. 1. wieder verwirrt und unruhig, Er macht wieder dieselben Faxen, sieht Tiere im Zimmer und spricht mit seinen Stimmen. Dann wird er wieder ruhiger, ist aber gereizt und unzugänglich. Die Stimmungslage ist meist gedrückt, depressiv, meist unorientiert. Mitte März tritt wesentliche Besserung ein. Der Schlaf wird besser. Entlassung.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine periodische schwere Manie mit atypischer Zustandsbildern, im ersten Anfall mit Größenideen, Verfolgungsideen und Versündigungideen, im zweiten Anfall mit typischen katatonen Zügen.

Fall 7. R. G, Alter 33 Jahre.

Die Mutter der Patientin sei nervös gewesen. Eine Tante war lange Zeit schwermütig. Sieben Geschwister sind alle gesund. Sie selbst ist als junges Mädchen einmal schwermütig gewesen, ist aber zu Haus geblieben. Dann vor 7 Jahren — etwa ½ Jahr nach ihrer Heirat — derselbe Zustand. Periode war immer regelmässig. Angeblich ist die Verstimmung während der Periode immer schlimmer gewesen. Den Tod ihres Vater, ihres Mannes und ihres Kindes hat sie ohne depressive Verstimmung überstanden. Ein Kind von ihr lebt, ist 5 Jahre alt, sehr nervös. Die jetzige Verstimmung besteht seit über einem Monat. Patientin hat Angst, nicht wieder gut zu werden, sie möchte sich das Leben nehmen. Sie macht sich Sorgen wegen ihrer Zukunft, die teilweise berechtigt sind, da ihre wirtschaftlichen Verhältnisse schlecht sind. Bei der Aufnahme am 30. 10. 29. ist Patientin ruhig geordnet, orientiert, sehr bedrückt, weinerlich. Sie fühlt sich in den ersten Tagen ziemlich wohl, sieht aber in den unwichtigsten Anordnungen eine Maßnahme zu ihrer Ueberwachung, ist sehr misstrauisch, bricht leicht in Tränen aus. Der Zustand bessert sich im Verlaufe von 2 Monaten. Sie ist ruhig, in der Stimmung durchaus gehalten, hat wieder Selbstvertrauen, sodass sie entlassen werden kann.

Bei der vorliegenden periodischen Melancholie

treten die einzelnen Anfälle scheinbar ohne jede äußere Ursache ein, sind rein endogen bedingt. Eine erhebliche Belastung liegt vor, und zwar ist hier eine gleichsinnige Vererbung vorhanden.

Fall 8. Fr. P. N. Alter 40 Jahre.

Familienanamnese o. B. Patientin war in ihrer Jugend gesund, viel Menstruationsstörungen. Vom 8. 12. 24—14. 2. 25. war sie wegen eines leichten Erregungszustandes in Bad X. Am 1. 11. beginnende Erregung mit Schlaflosigkeit. Wird am 6. 6. 28. in eine Anstalt eingewiesen. Hier ist sie sehr unruhig, grimassiert, schreit zusammenhanglos einzelne Worte, lässt sich nicht fixieren. Rücksichtslos läßt sie sich zur Erde fallen, ergeht sich in bizarren, grotesken Stereotypien. Wegen dieses katatonen Erregungszustandes mit massloser Unruhe und Angriffslust wird die Patientin am 8. 6. in die Hertz'sche Kuranstalt überführt. Bei der Aufnahme ist die Patientin vollkommen verwirrt, redet ein unverständliches Kauderwelsch, ist dauernd gehobener Stimmung. Der Schlaf ist sehr schlecht. Im ganzen ist sie gutartig, sauber, manchmal kindlich heiter. Eine, nach einem Monat auftretende fieberhafte Bronchitis und Enteritis (Temp. bis 39 Grad) bleibt ohne Einfluss auf die psychische Erkrankung. Anfang August wird die Patientin ruhiger und zugänglicher, beginnt sich zu orientieren. Sie hat eine Erinnerung an ihre Krankheit. Sie wird deutlich verstimmt, weint oft vor sich hin. Der depressive Zustand verstärkt sich und hält an. Besonders hervorstehend sind völlige Mutlosigkeit und ausserordentlicher Mangel an Initiative. Aus wirtschaftlichen Gründen Entlassung am 1. 12. Muss aber am 14.12.28

wieder aufgenommen werden, wegen zunehmender Unruhe und Verstimmung. Patientin zeigt nun in den nächsten Monaten ein eigentümliches Bild. Es besteht bei ihr ein Mischzustand zwischen depressiven Phasen und starker Gereiztheit und Erregbarkeit. Die kleinsten Anlässe, wohlmeinende Bemerkungen eines Arztes oder einer Schwester können masslose Erregungsausbrüche hervorrufen. Weiterhin besteht ausgesprochene Entschlußunfähigkeit.

Von April an ändert sich das Bild insofern, als die Patientin vorübergehend ziemlich guter Verfassung, heiter, manchmal sogar ausgelassen ist, um dann plötzlich — meist durch irgend eine äussere Veranlassung — in den Zustand stärkerer Depression und erhöhter Reizbarkeit und Erregung zurückzufallen. Verschiedene Augenentzündungen, Furunkel und dergl. waren die auslösende Ursache. Den tieferen Grund dieses Zustandes bildet vielleicht die seelische Spannung, in die sie durch die ganze Unordnung ihrer familiären Verhältnisse versetzt wird. Von Juni an bessert sich die Depression, auch die Willenshemmungen lassen nach. Am 30. August ist die Patientin wieder so weit hergestellt, daß sie entlassen werden kann.

Keine erhebliche Belastung. Außer Menstruationsstörungen ist Patientin nie ernstlich krank gewesen. Mit 36 Jahren leichter Erregungszustand. Der letzte Anfall zeigt in den ersten Tagen das Bild eines katatonen Erregungszustandes, um dann bald in eine typisch manische Phase mit starker Erregung und Verwirrtheit überzugehen. Daran schließt sich nun nach 2 Monaten ein Mischzustand zwischen Manie und Melancholie an,

in dem teils die manischen, teils die depressiven Züge vorherrschend sind. Wir sehen bei ausgesprochen depressiver Grundstimmung und deutlicher Entschlussunfähigkeit schon durch geringe Ursache maßlos Erregungsausbrüche entstehen, wie zu anderen Zeiten bei manischer Grundstimmung ebenfalls durch ganz kleine Ursachen — wie leichte Entzündungen und Furunkel-depressive Stimmung sich ausbilden.

Fall 9. Frl. B. V. Alter 20 Jahre.

Kräftig entwickelt, mit guter geistiger Veranlagung. Beide Schilddrüsenlappen sind deutlich palpabel. Familienanamnese o. B.

Patientin wird am 3. 11. 28 vom Krankenhaus, wo sie wegen eines Erregungszustandes eingeliefert wurde, nach der Hertz'schen Kuranstalt in Bonn überführt. Patientin ist sehr unruhig, wünscht ihre Kleider zu haben, weil sie abreisen wolle. Die Pläne, die sie macht, überstürzen sich förmlich. Das Personal belästigt sie mit den ausgefallensten Wünschen. Wenn diese verweigert werden, wird sie bösartig. Ueber ihre Eltern schimpft sie maßlos. Manchmal schlägt die Stimmung um, und sie weint darüber, daß sie hier festgehalten werde. Die Erregung nimmt in den nächsten Tagen noch zu. Sie hat die verschiedensten Wahnideen, will heiraten. Das ganze Zustandsbild weist überhaupt eine starke erotische Färbung auf. Sie schreibt massenhaft Briefe. Dieser Zustand hält etwa 2 Monate an, mit kurzen Unterbrechungen, in denen die Patientin leidlich geordnet ist. Dabei ist die Patientin fast dauernd ge-

hobener Stimmung mit Ideen- und Redeflucht. Auch ihre Aversion gegen ihre Eltern hält an. Von Mitte Februar an oft ausgesprochene depressive Zustände. Meist aber auch erregt, leicht gereizt, stark erotisch. Dieser Mischzustand zwischen depressiven Phasen und Anfällen von Gereiztheit und leichter Erregbarkeit hält bis zum Mai an und geht langsam in eine mehr und mehr ausgesprochen depressive Phase über.

Ohne erbliche Belastung entwickelt sich im 20. Lebensjahr eine Manie, bei der eine leichte Reizbarkeit der Patientin im Vordergrund steht. An die Manie schließt sich nach einem länger dauernden Mischzustand eine depressive Phase an.

Fall 10. Frl. H. J. Alter 17 Jahre.

Aus der Familienanamnese ist zu berichten, daß eine Tante, ein Onkel und die Mutter — diese seit 1923 — dauernd in Anstalten sind. Patientin als Kind gesund gewesen, gut gelernt. Leichte Vergrößerung der Schilddrüse. Im Sommer 1927 vorübergehend überempfindlich und verstimmt, nach 6 Wochen Besserung. Seit 2 Tagen wieder verstimmt, äußert sonderbare Ideen: alle Menschen wollten ihr was, sie hätte die Verantwortung für alles.

Bei der Aufnahme am 25. 11. 28 sehr erregt, schimpft über alles. Zeitlich und örtlich ist sie orientiert. Puls 104. Sie ist sehr unruhig. Der Zustand verschlechtert sich noch, zeitweilig ist sie verwirrt und dann unorientiert, nicht lenkbar. Sie gerät leicht in Streit und schlägt um sich. Die Nahrungsaufnahme ist so schlecht, daß sie mit der Sonde gefüttert werden muß. Nach 14 Tagen wird sie ruhiger und klarer. In der Stimmungslage

ist sie außerordentlich schwankend, lacht mit Tränen in den Augen. Ihre Erzählungen sind noch verworren, springen von einem aufs andere. Der Zustand bessert sich dann schnell. Patientin wird einsichtig und ruhig, nur manchmal etwas läppisch, aber psychisch vollkommen intakt.

Eine erhebliche Belastung liegt vor. Es handelt sich um den Beginn der circulären Form des manisch-depressiven Irreseins. Vor einem Jahre machte Patientin eine leichte depressive Phase durch. Im letzten Sommer zeigte Patientin, nach einer größeren Reise, einen manischen Zustand. Ihre Schwester bezeichnete diesen Zustand als überspannt und schwärmerisch exaltiert. Ende November 28 bildete sich eine leichte Depression mit Verfolgungsideen aus, die schnell in eine starke manische Erregung mit teilweiser Verwirrtheit umschlägt. Daran schließt sich ein Mischzustand an.

Fall 11. Frau K. N. Alter 53 Jahre.

Stammt aus gesunder Familie, ist selbst von jeher ganz gesund gewesen, hat bis zu ihrer jetzigen Erkrankung nie einen Arzt gebraucht. Sie hat eine leichte Vergrößerung beider Schilddrüsenlappen. Patientin war stets ein lebhafter, heiter veranlagter Mensch, lebt in glücklicher kinderloser Ehe. Seit einigen Monaten ist die Periode unregelmässig. Die Erkrankung tritt ziemlich plötzlich ein. Patientin ist erregt, hat Suicidideen.

Bei der Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 8. 2. 29 ist die Patientin nicht orientiert, sie verkennt die Personen und gibt an, sie sei Jesus Christus

und werde bald wieder auferstehen. Sie ist sehr unruhig und ideenflüchtig, kommt vom hundertsten ins tausendste, zerschlägt das Porzellan, hat Sinnestäuschungen. Der Zustand hält etwa 4 Wochen an,dann tritt langsam Besserung ein. Patientin ist geordnet, völlig orientiert, zeigt ein läppisch heiteres Wesen. Wird nach 2 monatlicher Anstaltsbehandlung gebessert, auf Wunsch des Mannes entlassen.

Bei einer 53 jährigen Frau, die bis dahin immer gesund gewesen ist und aus einer gesunden Familie stammt, entwickelt sich nach einem depressiven Vorstadium ein Krankheitsbild mit starker Verwirrtheit, Wahnideen und Sinnestäuschungen mit starker Ideenflucht und Unruhe, das man wohl der verworrenen Manie zurechnen kann.

Fall 12. Frl. D. M. Alter 30 Jahre.

Der Großvater väterlicherseits ist in einer Anstalt gestorben. 2 Geschwister des Vaters sind geisteskrank. Patientin selbst war immer zart. Schwere Auffassungsgabe. Mit 21 Jahren Beginn der Erkrankung. Patientin wird einsiedlerischer und stiller. Daran schließt sich ein eigentümlicher Verwirrtheitszustand an, sie erzählt allerhand, was sie getan habe, was aber nicht der Fall ist. Danach stark verstimmt, sprach sehr wenig, mehrmals Erbrechen, aß fast gar nichts mehr. Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt. Sie ist ganz indifferent, scheint keineswegs deprimiert, lächelt zeitweise verträumt, fügt sich in alles ohne Widerspruch. Sie ist orientiert über Ort und Zeit. Zeigt einen verträumten, z. T. erstaunten Gesichtsausdruck. Hat langsam zögernde Bewegungen, spricht meist wenig. Antwortet auf Fragen

in monotonem Tonfall immer mit denselben Worten, singt teilweise ganz melodisch vor sich hin. Oefters antwortet sie auf keine Frage, spricht wohl allerhand vor sich hin. Zeitweise scheint sie lebhaft zu halluzinieren. Mit dem Essen macht sie zunehmende Schwierigkeiten. Sträubt sich heftig gegen die Sondefütterung. Zeitweise bleibt der Arm in jede ihm gegebene Stellung eine ganze Weile stehen. 14 Tage nach der Aufnahme beginnt Patientin unsauber zu werden, weint manchmal ohne ersichtlichen Grund in einer eigentümlichen laut jaulenden Art, wie ein ungezogenes Kind; zereißt gern. Dieser Zustand hält etwa 3 Wochen an. Danach wird die Patientin wieder ruhiger und sauber. Zeigt vielfach in ihrem Gesicht etwas kindlich strahlend Frohes. Die Besserung hält an. Meist ist die Patientin jetzt vergnügter Stimmung. Sie bleibt mit kurzen Unterbrechungen orientiert und klar. Patientin verläßt nach 5 monatlicher Behandlung die Anstalt. Sie macht einen hypomanischen Eindruck. Ihr geistiges Interesse ist sehr begrenzt.

1928 befindet sich Patientin im Sanatorium. Am 15. 3. 29 wieder Aufnahme in ein Sanatorium. Sie macht hier einen etwa 14 Tage dauernden leichten Stuporzustand durch, daran anschließend eine langsam sich steigernde manische Erregung mit Halluzinationen, Visionen und Verwirrtheit. Der Erregungszustand wird sehr stark, deshalb Ueberführung in die Hertz'sche Kuranstalt am 4. 6. 29.

Patientin ist sehr erregt, schreit laut vor Angst, sie müsse sterben. Der Schlaf ist sehr schlecht. Den größten Teil des Tages oder auch der Nacht ängstlich oder gereizt, erregt, hin und wieder auch ausgesprochen

manisch, singt und lacht, wird agressiv, erotisch. Dann wird sie einige Tage etwas ruhiger, immer noch leicht verwirrt, stark erotisch. Bald verfällt sie aber wieder in einen starken Erregungszustand. Sie bringt das ganze Zimmer durcheinander, bekommt täglich Dauerbäder. Die intensiven Erregungszustände dauern an. Die Nahrungsaufnahme ist schlecht. Am 5. 8. Zunahme der Verwirrheit. Sie bekommt im Dauerbad nach großer motorischen Unruhe plötzlich einen Collaps. Exitus letalis.

Patientin ist von ihres Vaters Seite her erblich belastet. Sie war von Jugend an immer zarter Gesundheit. Das manisch-depressive Irresein beginnt mit dem 21. Lebensjahr mit einem Anfall, der das Bild eines Mischzustandes zwischen Manie und Melancholie zeigt, das man vielleicht als gedankenarme Manie bezeichnen könnte. Immerhin ist daran zu denken, daß die leichte Imbezilität der Patientin auch einen Einfluß auf die Färbung des Anfalles ausübt. Mit 28 Jahren folgt der zweite Anfall und ein Jahr später der dritte. Er beginnt mit einem etwa 14 Tage dauernden Stuporzustand, gefolgt von einem starken manischen Erregungszustand, der den Tod der Patientin herbeiführt. Den plötzlichen Tod kann man wohl darauf zurückführen' daß die zarte Körperstruktur der Patientin, noch geschwächt durch schlechte Ernährung, der hochgradigen motorischen Unruhe nicht gewachsen war.

Fall 13. Frl. H. S. 52 Jahre.

Mutter melancholisch. Ein Bruder hatte im Anschluß an eine Appendectomie eine schwere maniakalische Tobsucht. Patient selbst ist nie ernstlich

krank gewesen, hat leicht gelernt und war, nach ihrer eigenen Schilderung, meist übermütiger Laune. Während des Krieges einige Monate leicht depressiv mit Zwangsgedanken einer Schuld. Vor etwa 2 Jahren stellten sich dieselben Gedanken ein, die sie verfolgten. Besserung trat nach kurzer Zeit ein. Seit einigen Monaten wird Patientin von denselben Gedanken verfolgt. Es stellte sich Unlust zu arbeiten und Verlust ihrer ganzen Spannkraft mit allgemeiner depressiver Verstimmung ein. Sie kam dann in ein Sanatorium. Hier fühlte sie sich zunächst besser. Nach ihren Angaben stellten sich dann aber bald zunehmende sexuelle Reizempfindungen ein, die sich bis zur Unerträglichkeit steigerten. Schließlich habe sie sich nicht mehr zu helfen gewußt und alle möglichen körperlichen Verrenkungen an sich gespürt, gegen die sie nicht habe Herr werden können. Bei der Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 9. 2. 29, in die sie vom Sanatorium aus überwiesen wurde, gibt sie an, daß die sexuellen Erregungen zurückgegangen seien und sie wisse eigentlich nicht, was sie hier solle. Anfangs ist die Patientin ziemlich geordnet und orientiert, aber schon abends wird sie unruhiger, nimmt im Bett alle möglichen Stellungen ein, windet sich wie eine Schlange herum, spricht mit der Wand und redet kunterbuntes Zeug durcheinander. Die Erregung und Unruhe nimmt in den nächsten Tagen noch zu. Patientin bleibt aber noch orientiert. Wird dann ruhiger und geordneter, verliert aber zeitweilig teilweise ihre Orientierung. Spricht spontan garnicht mehr, grimassiert oder liegt mit strengem Gesicht zu Bett, ist nur schwer zu einer Antwort zu bewegen, muß manchmal

gefüttert werden, bleibt im übrigen sauber, zeigt ein befangenes Lachen. Am 5. Mai wird sie von ihren Verwandten abgeholt. War in der letzten Zeit immer noch einsilbig, gehemmt, zeigte manchmal ein etwas verzerrtes Lachen. Der Schlaf hatte sich gebessert.

Patientin ist erblich belastet. Sie selbst war, nach ihrem Lebensbericht zu urteilen, leicht manischer Gemütsart, nur einigemal eine leichte Verstimmung. Erst um die Zeit der Menopause entwickelt sich ein ausgesprochen depressives Bild, ohne äußere Ursache. Nach einigen Monaten schlägt die Depression dann in eine stark sexuell gefärbte Manie um, an die sich ein Mischzustand von Manie und Melancholie anschließt.

Fall 14. K. P. Alter 56 Jahre.

Vater getrunken, mit 45 Jahren an Schlaganfall gestorben. Großvater nervenleidend. In der Familie ausgesprochene Nervosität, einige Sonderlinge. Patient selbst von Jugend an kränklich, etwas hypochondrisch. Er war immer wegen irgend einer Krankheit in ärztlicher Behandlung. Mit 33 Jahren geheiratet. Damals schon sehr nervös und kränklich, machte verschiedene Kuren mit. Die Ehe war von Anfang an unglücklich. Er war immer unverträglich, jähzornig, und aufbrausend. In seinen Launen und Einfällen vollkommen unberechenbar, maßlos ungerecht in seinen Vorwürfen. Zudem war er außerordentlich mißtrauisch und geizig, befürchtete mit seinem Gehalt nicht auskommen zu können. In seinem Beruf war er pünktlich, kleinlich gewissenhaft und außerordentlich zuverläßig. Vor 8 Jahren wurde er plötzlich sehr verstimmt, hatte zu nichts mehr Lust, war nörglerisch, vollständig unleidlich. Dieser Depression ging

ein Aufregungszustand voraus. Diese Zustände wiederholten sich seit damals fast jährlich. Seit 2 Jahren außerdem zuckerkrank und herzleidend. Im letzten halben Jahre wurde seine Reizbarkeit immer stärker, seine Unzufriedenheit und seine Unduldsamkeit nahmen zu. Er war vorwiegend bedrückt, behauptete, er würde bald entlassen werden, da er falsche Rechnungen ausgestellt habe. Auch werde er ins Gefängnis kommen, da er nachlässig und fehlerhaft gearbeitet habe. Macht sich Vorwürfe, er habe seine Familie dadurch ins Unglück gestürzt. Auch körperlich zunehmend elender. Alkohol hat er nicht zu sich genommen, geraucht sehr mäßig.

Bei der Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 12. 11. 29 ist er sehr reizbar, mißtrauisch, aber geordnet und orientiert. Vitium cordis. Sacharum $4^1/_2$ %, kein Aceton. Blutdruck 140 HG.

Patient ist außerordentlich nörglerisch und unzufrieden. Er schimpft über alles und steckt voller hypochondrischer Wahnideen. Dieser Zustand hält 3 Wochen an. Dann tritt langsam Besserung ein. Die Wahnvorstellungen stehen nicht mehr so im Vordergrund. 5 Pfund Gewichtszunahme. Patient hat mehrfach Temperaturanstieg bis 38-38^5.

Lunge: Rauhes und unscharfes Atmen über der linken Spitze (Verdacht auf Tbc.) Nachtschweiße. Zucker schwankt um 3 %.

Patient bleibt noch immer vorwiegend depressiv, beschäftigt sich mit hypochondrischen Ideen, die sich auf seine finanziellen und körperlichen Verhältnisse erstrecken. Außer dieser depressiven Einstellung ist er

vollkommen urteilsfähig und geordnet. Seit dem 22. 12. plötzlich wesentlich verändert, ausgesprochen melancholisch, zeitweise verwirrt. Nimmt kaum Nahrung zu sich. Die Temperatur schwankt um 38 Grad. Der Zucker steigt langsam auf 4 %. Patient wird unruhiger, schreit manchmal laut auf. Auf der Lunge vereinzelt mittelblasiges Rasseln. 24.12. Zucker 7%, Acetion +, täglich Insulin. Psychisch unverändert. Temp. zwischen 38 und 39 Grad. 25. 12. vorwiegend komatös. Ablehnung jeglicher Nahrung. Zucker 4% Aceton ++. Trotz entsprechender Insulingaben ist das Aceton nicht zum Schwinden zu bringen. Zeitweise krampfartige Anfälle von kurzer Dauer. Bewußtseinstrübung. Mittags Verschlechterung der Herztätigkeit, ausgesprochen komatöse Atmung. Exitus.

Patient stammt aus einer psychisch belasteten Familie Ist von Jugend an kränklich und hypochondrisch veranlagt. In seinem Berufe von großer, sogar kleinlicher Gewissenhaftigkeit und zu Hause häufig jähzornig und aufbrausend. Seine Charakterzüge verstärken sich. Es bilden sich in den letzten 8 Jahren ausgesprochene Erregungs- und Depressionszustände heraus, die seine Charakterzüge in verstärktem Maße zeigen. Die Zuckerkrankheit, die seit 2 Jahren besteht, führt durch Koma seinen Tod herbei.

Fall 15. Frau A. R. Alter 53 Jahre.

Familienanamnese o. B. Patientin wird vom Krankenhaus, wo sie 8 Wochen wegen eines Depressionsstadiums in Behandlung war, am 11. 10. 22 in die Hertz'sche Kuranstalt überführt. Sie ist leicht gebessert, aber immer noch recht verstimmt, gereizt. Führt diesen

Zustand auf die Behandlung im Krankenhaus zurück. Sie gibt an, daß ihre Ehe wenig glücklich gewesen sei und ihr Mann für ihre Eigenart nicht das nötige Verständnis gehabt habe. Patientin gefällt sich darin, eine stille nachdenkliche Miene zur Schau zu tragen, spielt sich den Aerzten gegenüber als die unverstandene Frau auf. Das Zustandsbild zeigt viele hysterische Züge. Patientin schickt öfters nachts nach dem Arzt, kündigt ihm tagsüber gelegentlich an, daß, wenn er nicht komme, sie zum Fenster hinaus springen werde. Sie liebt es, sich durch allerhand kleine Dinge gelegentlich in Szene zu setzen. Klagt gelegentlich über Schwächezustände, bei denen sie das Bewußtsein verliert, was stark übertieben ist. Mird wegen unregelmäßigen und länger dauernden periodischen Blutungen ins Krankenhaus verlegt.

Bei ihrer Wiederaufnahme am 25. 7. 24 gibt sie an, daß sie im vergangenen Winter eine sehr schlechte Zeit durchgemacht habe. Sie sei im Sanatorium wegen eines drepressiven Zustandes gewesen. Patientin ist persönlich und örtlich klar orientiert, im ganzen in guter Stimmung. Verläßt am 1. 7. 24 die Anstalt, um am 24. 7. 24 wieder zurückzukommen. Sie bleibt bis zum 13. 9. und war während dieser Zeit hypomanisch. Vom 22. 1. — 27. 1. 25 ist sie wiederum in der Anstalt mit leichter Depression.

Am 21. 2. 25 kommt die Patientin wieder zur Aufnahme. Während der Zwischenzeit war sie immer noch leicht deprimiert, auch jetzt noch ziemlich still. Sie beschäftigt sich kaum, liegt den ganzen Tag mit geschlossenen Augen zu Bett, muß zum Essen geweckt

und aufgefordert werden, ist unsicher auf den Beinen. Sie macht einen leicht benommenen Eindruck, spricht zuweilen, auch mit offenen Augen von weißen Tauben, die um sie her sind, und von weißen Rosen, die überall liegen. Wird ein wenig lebendiger. Entlassung am 3. 5. 25.

Am 22. 7. 25 Wiederaufnahme. Immer noch depressiv, aber unruhiger. Am 30. 7. mit einem mal ganz verändert, fühlt sich wohl und völlig frei. Krankheitseinsicht. Wird launig. Spricht davon, sich von ihrem Mann zu trennen. Manchmal ist sie albern heiter, beklagt sich beim Arzt bald über die eine, bald über die andere Patientin, eine hypnotisiere sie, eine andere suche sie von dem Wege der Tugend abzubringen. Das eigenartige Wesen der Patientin hält weiter an, man könnte es als eine Mischung von Manie mit Hysterie bezeichnen. Sie gefällt sich in allerlei Posen und Albernheiten. Sucht ihren Mann durch Briefe an seine Vorgesetzten herabzusetzen. Seit Januar 26 Besserung des Zustandes. Patientin ist ruhiger und gehaltener. Außer einigen Albernheiten keine Entgleisungen mehr. Entlassung am 10. 2. 26. Andeutung von leichter Depression. Im Frühjahr 27 wieder hypomanisch.

20. 7. 28 Wiederaufnahme wegen Manie. Patientin ist stark erotisch, spricht wieder davon, sich scheiden zu lassen, ist sehr unruhig. Der Anfall klingt bis Dezember 28 ab.

Am 15. Juli 29 kommt Patientin wieder zur Aufnahme wegen Depression. Sie gibt an, daß sie in der letzten Zeit dauernd verstimmt gewesen sei. Patientin ist ausgesprochen depressiv. Die Zukunft sieht sie in

den schwärzesten Farben. Am 7. 8. 29 verläßt die Patientin leicht gebessert die Anstalt.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die circuläre Form des manisch-depressiven Irreseins mit starken hysterischen und einzelnen schizophrenen Zügen.

Fall 16. J. B. Alter 24 Jahre.

Vater früh durch Selbstmord geendet. Eine Cousine geisteskrank. Patientin als Kind gesund gewesen, war heiterer Natur, lebenslustig, hat in der Schule gut gelernt. Mit 18 Jahren geheiratet. Nach $1^1/_2$ jähriger Ehe erster Selbstmordversuch durch Verschlucken eines Zigarrenstummels. Ein Monat später ein ernsterer Suicidversuch durch Schnitte mit dem Rasiermesser am Hals und Handgelenk. Patientin soll sich bis zu den Suicidversuchen immer ganz normal verhalten haben, erst damals Beginn der Verstimmung. Patientin habe ein eigenartiges Wesen zur Schau getragen. Sie sei so starr gewesen und hätte immer lange im Zimmer herumgestanden. Am 24. 1. 27 Aufnahme in ein Sanatorium. Patientin anfangs wiederstrebend, wird aber bald ansprechbarer und erzählt selbst, daß die schreckliche Angst, die sie vorher gehabt habe, nicht mehr so stark sei. Nach 8 Tagen ausgesprochen hypomanisch, ist leicht erregt, redet viel, macht Scherze, bald aber wieder ruhiger und geordnet. Mitte März zeigt die Patientin stärker manisch gefärbte Züge; sie ist albern, ausgelassen, macht allen möglichen Unsinn, kräht wie ein Hahn, bellt wie ein Hund. Entlassung am 4. 5. 27 gebessert, Wiederaufnahme am 22. 10. 27. Patientin, die den ganzen Sommer über ausgelassen heiter war, zeigt im Anschluß an eine Angina seit etwa 14 Tagen

wieder dieselben Symptome wie im Winter 26. Ausgesprochener Negativismus jeder Anordnung gegenüber. Geht im Zimmer umher und ringt die Hände, weint, macht mit dem Körper stereotype Schaukelbewegungen, wiederholt immer in stereotyper Weise: sie wolle nach Haus. Anfang November Besserung. Patientin fühlt sich nicht mehr so bedrückt und ängstlich. Beginnende Krankheitseinsicht. 14. 12. 27 Entlassung bei zufriedenstellendem psychischen Befinden. Auch die Entfernung der Narbenkeloide der alten Suicidnarben hat die Patientin gut überstanden.

Im Juni 1928 stellten sich wieder Depressionszustände ein. Suicidversuch mit Gas. Am 27. 6. Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt. Patientin zeigt ein ängstliches unruhiges Wesen, ist aber zeitlich, örtlich und persönlich durchaus orientiert. Sie spricht leise und zaghaft. Will zur Polizeiwache sich anzeigen. Die Nahrungsaufnahme ist schlecht. Nach 8 Tagen beginnende Besserung. Am 29. 7. Entlassung. Patientin ist aber noch nicht ganz frei, immer noch schwankend in der Stimmungslage.

Wir sehen ein manisch-depressives Irresein auf erblicher Grundlage mit schizophrenen Zügen und vorwiegenden depressiven Phasen. Bemerkenswert ist auch die starke Neigung zum Selbstmord in den depressiven Phasen.

Fall 17. Fr. R. S. Alter 27 Jahre.

Familienanamnese o. B. Patientin selbst von Haus aus gesund, normal veranlagt, sehr intelligent. Mit 18 Jahren ein leichter Zustand von Verstimmung, der 2—3 Monate anhielt. Patientin sprach nicht, hatte kein Inte-

resse, war teilnahmslos. Mit 22 Jahren nach einer Reise ein Erregungszustand, der während der Periode einsetzte und 4 Monate anhielt. Sie war sehr erregt, ideenflüchtig, mußte zeitweise künstlich ernährt werden. Danach vollkommen gesund. Ende Januar Hochzeit. Auf der Hochzeitsreise, am 3. Tage, bei Beginn der Periode starker Erregungszustand. Bei der Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt ist die Patientin ausgesprochen ideen- und redeflüchtig, läuft in den Zimmern umher, lacht, horcht nach den Ecken des Zimmers, spricht dann mit ihrem Vater oder ihrem Gatten, steht offenbar unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen. 8. 2. verwirrt und unruhig, zieht sich aus, nimmt alle Bezüge von den Kissen ihres Bettes, wirft das Bettzeug auf die Erde, turnt und springt im Saal herum, redet, singt und lacht. Spricht lebhaft mit ihren Stimmen, ist nicht zu fixieren. Am 17. 2. Beginn eines Bronchialkatarrhs, der 8 Tage anhält. Temp. bis 39 Grad. Der Bronchialkatarrh bleibt aber ohne Einfluß auf die psychische Erkrankung. Die Verwirrtheit nimmt nach anfänglicher leichter Besserung noch zu, starke akustische Halluzinationen. Mitte März lassen die Sinnestäuschungen an Intensität nach. Patientin wird krankheitseinsichtig, aber auch zunehmend ängstlich und verstimmt. Die Depression hält aber nur kurze Zeit an. Am 19. 5. Entlassung. Patientin zeigt keine psychischen Veränderungen mehr.

Eine erbliche Belastung liegt bei der Patientin nicht vor. Die Krankheit beginnt mit 18 Jahren mit einer Depression, die aber eine Anstaltsbehandlung nicht notmacht. Die beiden Erregungszustände, mit 22 und 27

Jahren, beginnen beide bei Einsetzen der Periode. Der letzte Anfall ist der schwerste. Er verläuft unter dem Bilde einer halluzinatorischen Verworrenheit.

Fall 18. C. S, 46 Jahre.

Familienanamnese o. B. Mit 26 Jahren entwickelt sich bei der Patientin im Anschluß an eine Alexander Adam'-sche Operation ein manisch-depressives Irresein, daß 2 Jahre lang besteht, nachdem aber schon vorher ein labiler Zustand bestanden hatte. Es handelte sich damals um Manie mit einzelnen depressiven Zügen. Danach entwickelte sich ein leicht hypomanischer Zustand, öfters unterbrochen von Depressionen. 1920 wieder 7 Monate Psychose, viel Kopfschmerzen, schlaflos, depressiv.

1927 wegen eigenartiger Einbildungsgedanken kurze Zeit in Behandlung. Seit April 1929 Gehörshalluzinationen, die sie erschrecken, viel Schwindel. Ende September 29 kommt Patientin in ein Sanatorium. Hat hier zunächst eine deutlich depressive Phase mit Hemmungen, Versündigungs- und Insuffizienzideen, war dann stark manisch mit Ideenflucht, starker sexueller Erregung und auch mit Halluzinationen akustischer Art. Darauf folgt dann wieder ein schwerer Depressionszustand mit Stupor, so daß sie in ein Krankenhaus überführt werden muß, zwecks besserer Ueberwachung. Hier ein kurzdauernder Verwirrtheitszustand mit akustischen Halluzinationen, daran anschließend ein schwerer Erregungszustand mit starken sexuellen und erotischen Wahnideen.

Patientin kommt am 31. 10. 29 zur Hertz'schen Kuranstalt. Patientin ist gesperrt, gibt auf Befragen

keine Antwort, verweigert die Nahrung, vollkommen kataton, nicht ansprechbar, ohne jedes Interesse für ihre Umgebung. Sie schlägt manchmal blitzschnell um sich und wird aggressiv, mußte anfangs meist gefüttert werden. Dann wiederum ist sie zeitweilig zugänglich, erzählt ganz klar und zusamenhängend, daß sie den ganzen Tag Stimmen höre, die ihr die verschiedensten Befehle erteilen. Meist aber ist sie mutistisch, zwischendurch impulsiv erregt, wirft Stühle und Tische um, gibt auf Fragen keine Antwort, hat nur einmal gesagt, das müsse sie tun. Die Erregungen werden immer seltener. Patientin ist stark halluzinatorisch gesperrt. Phlebitis im linken Unterschenkel. Exitus an Embolie.

In den letzten 2 Monaten vor ihrem Tode zeigt die Patientin einen ausgesprochenen katatonen Zustand, sodaß man sie der Schizophrenie zurechnen könnte. Aber der ganze Krankheitsverlauf, der typisch manische und depressive Phasen aufweist, spricht dafür, daß wir diesen Fall dem manisch depressiven Irresein zuweisen müssen, besonders deshalb, weil in den Intervallen ein geistiger Defekt, trotz des langen Bestehens der Krankheit, nicht zu bemerken ist,

Fall 19. Frau K, J. Alter 44 Jahre.

Der Vater war depressiv veranlagt. Patientin selbst stets labiler Gemütsart, Ehe glücklich, mehrere gesunde Kinder. Seit etwa 8 Jahren sind die Stimmungsschwankungen intensiver und mehr abgegrenzt. Es bilden sich deutliche Perioden von echter Erregung mit Redefluss, Betriebsamkeit, auch wohl etwas erhöhter Reizbarkeit heraus, die einige Wochen bis Monate dauern. Daran schliesst sich dann in der Regel

eine leichte depressive Phase an. Anfänglich lange freie Zwischenräume, die sich in der letzten Zeit verkürzen. Im vorigen Jahre von Juni bis Oktober hypomanisch, war damals in einem Sanatorium. Daran anschließende Depression nur angedeutet und ganz kurz. Jetzt seit Oktober 29 wieder erregt, gereizt, vielgeschäftig, redselig. Sie ist gleichzeitig auch sehr empfindlich. Klagt über heftiges Jucken. Schlaf sehr gestört. Kommt am 23. 11. 29 zur Aufnahme. Ist sehr anspruchsvoll hat die verschiedensten Anweisungen zur Behandlung ihres Hautjuckens, Magenleidens und ihrerer Kopfschmerzen. Hält den ganzen Tag das Pflegepersonal in Atem. Schläft sehr schlecht, ist sehr redselig, wird schikanös und intrigant Der Zustand verschlechtert sich, sie wird unruhiger, hat fortgesetzt Schwierigkeiten mit dem Personal. Mitte Dezember wird sie für einige Tage etwas ruhiger, bald aber tritt wieder Verschlimmerung ein. Vermehrte Schwierigkeiten mit dem Personal. Klagt über allerlei Beschwerden. Verlangt fortgesetzt für die verschiedenen Beschwerden spezialärztliche Behandlung. Im ganzen schwer beeinflußbar, außerordentlich gereizt. Schläft trotz Schlafmittel kaum. Bringt im Zimmer die Möbel durcheinander, schimpf sehr laut. Anfang Januar tritt schnell Besserung ein. Patientin wird ruhiger, ist aber noch immer anspruchsvoll. Die körperlichen Beschwerden schwinden ganz. Am 17. 1. 30 Entlassung. Patientin ist in ihrer Stimmung leicht gedrückt, befürchtet depressiv zu werden, ist aber gut lenkbar und einsichtig.

Wir sehen bei dieser Patientin, sich aus einer, auf erblicher Grundlage beruhenden cyklothymen Ver-

anlagung heraus, durch Intensiverwerden der Gemütsschwankungen, Zustandsbilder sich entwickeln, die dem manisch-depressiven Formenkreis zuzurechnen sind und zwar der gereizten Form der Manie, mit ganz kurzen depressiven Nachstadien.

Fall 20. Frau J. B. Alter 58 Jahre.

Familienanamnese o. B. Als Kind leicht erregbar, mit 28 Jahren geheiratet. Die Ehe war unglücklich, da die Patientin immer launig, sprunghaft, außerordentlich anspruchsvoll war und große Geldausgaben machte. In Abständen von etwa 10 Monaten immer wiederkehrende Erregungszustände, in denen sie gegen die Familie eingestellt und unverträglich war. Meist folgten diesen Erregungszuständen Depressionszustände, in denen auch Selbstmordideen auftauchten. In den letzten Jahren Verschlimmerung. Patientin ist außerordentlich klatschsüchtig und intrigant, beschimpft ihre Familienmitglieder öffentlich, schreibt anonyme Briefe, weswegen sie mehrmals mit dem Gericht aneinander kommt, intrigirt überall, sodaß sie sich gesellschaftlich vollkommen unmöglich macht.

Am 31. 10. 29 wird sie in die Hertz'sche Kuranstalt gebracht. Bei der Aufnahme sehr erregt, schimpft. Sie schikaniert das Personal und ist sehr ausfallend gegen Schwestern und Aerzte. Die Wände ihres Zimmers beklebt sie mit Zetteln, auf die sie allerlei Witze und Kalauer geschrieben hat. Sie ist sehr rede- und ideenflüchtig, lacht, singt und schreibt sehr viel. Zum Jahreswechsel schreibt sie den Aerzten große Gedichte. Sie wird ruhiger und folgsamer. Es treten einzelne depressive Züge auf. Sie weint öfters, hat Angst vor

dem Nachhausegehen, fürchtet den Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Zwischendurch ist sie in der Stimmungsphase aber immer noch deutlich gehoben.

Patientin zeigte schon als Kind leichte Erregungszustände, die sich später verstärken und von Depressionen gefolgt werden. Mit zunehmendem Alter entwickelten sich aus diesen Grundzuständen reine Bilder manisch-depressiven Irreseins.

Fall 21. Frau M. D. Alter 48 Jahre.

Ein Onkel der Patientin soll geisteskrank sein. Ein Vetter war in einer Anstalt, scheinbar ein Hystericus. Patientin gibt an, daß sie in ihrer Jugend nie gleichmäßiger Stimmung gewesen sei, manchmal vollständig stumm, dann wieder vergnügt. Das manisch-depressive Irresein kam bei ihr zum Ausbruch am Ende des Jahres 1903, im Anschluß an eine Geburt. Es handelte sich um eine Depression mit Selbstmordideen, daran schloß sich ein hypomanischer Zustand an, der bis zum Herbst 1904 anhielt. Von da an bewegt sich das Leben der Patientin in steten Schwankungen. Dabei ist sie während der Winterzeit fast immer erregt und im Sommer deprimiert. Die Depressionen waren meist leichter Natur, die Anstaltsbehandlung nicht notwendig machten, während sich die Erregungen insofern steigerten, als Patientin immer unternehmungslustiger wurde, viel Geld ausgab, unendlich viel schwätzte und schrieb. Verwirrt war sie sehr selten, wohl etwas reizbar. Infolgedessen war sie während der Erregung fast stets in Anstalten, gewöhnlich offenen.

Im Oktober 1906 Geburt während einer Depression, bleibt aber ohne Einfluß; danach wieder

Hypomanie, die 4 monatliche Anstaltsbehandlung erforderlich macht.

Vom 16. 1. 1907 — 28. 1. 1907 in einer Psychiatrischen Klinik wegen typischen manischen Anfalles leichter Natur.

Vom 15. 1. — 31. 3. 1908 abermals in der Klinik wegen manischen Anfalles. Es bleibt nach der Entlassung noch ein leichter hypomanischer Zustand bestehen. Ende August plötzlich Umschlag über Nacht in Depression. Selbstmordideen. Anfang März 1909 wieder ziemlich plötzlicher Umschlag in Erregung. Vom 15. März bis 11. Juli finden wir die Patientin wieder in der Klinik mit typisch manischem Anfall, aber etwas stärker gereizt und unruhiger als in den vorherigen Fällen. Im Spätherbst schlägt die bis dahin bestandene gute Stimmung wieder in eine Depression um, die ziemlich leichter Natur ist. Anfang Mai neuerdings plötzliche Erregung. Vom 23. 5. — 21. 8. 1910 in der Klinik. Der manische Anfall zeigt keine Beso derheiten.

Ende des Jahres 1911 wegen manischer Phase in einer offenen Heilstätte.

Es folgen manische und depressive Phasen, ziemlich regelmäßig, die aber keine Anstaltsbehandlung notwendig machen.

Im Laufe des Jahres 1914 mehrere Todesfälle in der Familie, an die sich eine schwere Depression anschließt, gefolgt von einer wieder stärkeren Erregung, die zur Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 18. 7. 14 führt. Die Erregung klingt ziemlich schnell ab und 15. 9. 14 kann die Patientin als gebessert entlassen werden.

19. 1. 16 — 10. 4. 16 wieder in der Hertz'schen

Kuranstalt wegen manischen Anfalles. Es folgt eine Depression, die sie wie gewöhnlich zu Hause übersteht.

Im Mai 17 beginnende Erregung. Bei der Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 5. 5. 17 zeigt. Patientin wieder das gewohnte Bild. Während aber die bisherigen Anfälle ziemlich leicht verliefen und schnell abklangen, hält der jetzige Anfall beinahe 2½ Jahre an. Auch zeigt das Bild zeitweise andere Züge. Während die Patientin bisher immer orientiert und klar war und sich stets sauber hielt, wechseln jetzt Zeiten miteinander ab, in denen die Patientin klar und orientiert ist, sogar mit Krankheitseinsicht, und Zeiten, in denen die Patientin benommen ist, sich nicht sauber hält und alles zerstört, was zerbrechlich ist. Der Appetit wechselt zwischen Freßgier und Zeiten, wo sie gefüttert werden muß. Im Januar 1919 mischen sich in das Bild einzelne depressive Züge. Entlassung am 12. 11. 19.

Kurz nach der Entlassung beginnt das depressive Stadium. Anfang Februar 21 setzt dann wieder die manische Phase ein. Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 25. 2. 21. Patientin ist wieder, wie in früheren Zeiten, sehr lebendig und unternehmungslustig, ein typisch manischer Anfall mit Ideenflucht. Rededrang, motorischer Unruhe und gehobenem Selbstgefühl. Schnelle Besserung. Entlassung 23. 3. 21.

Vom 3. 10. 22. — 1. 1. 23 und darauf, als kurz nach der Entlassung eine Verschlimmerung eintrat, vom 16. 1. — 22. 3. 23 ebenfalls in die Hertz'sche Kuranstalt wegen Manie.

Bis 1926 folgt eine relativ gute Zeit.

Vom 23. 4. 27 bis 1. 7. 26 wieder in der Hertz'schen Kuranstalt wegen Manie. Gegen Ende 1927 setzt eine

langsam beginnende Depression ein, ganz ausgesprochen in den Monaten März und April, dann langsames Abklingen der Depression und Uebergang zum hypomanischen Zustand. Seit März 1929 wieder ausgesprochen manisch. Aufnahme in die Hertz'sche Kuranstalt am 7. 4. 29. Patientin zeigt bei der Aufnahme wieder das übliche Bild. Ideenflüchtig, äußerst lebhaft, zeitlich und örtlich orientiert. Wird aber zunehmend unruhiger und lästig. Sie schläft sehr schlecht. Zeitweise ist sie ganz konfus und verworren, lacht, schimpft, schreit. Dann folgen wieder Tage, wo sie wieder ganz klar und ruhig ist Ende des Jahres wechselt der Zustand zwischen stuporöser Ruhe und manischer Erregung. In den letzten Tagen wesentlich ruhiger.

Patientin ist erblich belastet. In der Jugend schon zeigt sich ein zyklothymer Typus. Im Anschluß an die erste Geburt setzt dann das manisch-depressive Irresein ein. Wir sehen depressive Phasen und typisch manische Phasen schwerer oder leichterer Natur in regelmäßiger Folge, zunächst jedes Jahr, dabei fällt die manische Phase in die Winter- und Frühjahrszeit und die depressive Phase in den Sommer oder Herbst. Diesen Verlauf zeigt die Krankheit bis zum Jahre 1916. Dann beginnt 1917 eine manische Phase, die $2^1/_2$ Jahre anhält. Darauf folgt dann wieder fast jährlich eine depressive und manische Phase. 1—2 Tage vor der Periode tritt häufig eine Verstärkung der Erregung ein.

Bei der Durchsicht der Anamnese der vorliegenden 21 Fälle finden wir nur bei 12, also rund 57,6 %, eine erbliche Belastung angegeben.

Die erblichen Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins sind schon lange Zeit eifrig beachtet worden. Die groben Belastungsziffern der einzelnen Untersucher sind ausnahmslos hoch. So geben an: Walker 73,4 %, Kraepelin 80 %, Albrecht 80,6 %, Saiz 84,4 % und Weygandt und J. Lange etwa 90 %. Nach Kraepelin läßt sich in 1/3 der Fälle Geisteskrankheit oder Trunksucht der Eltern feststellen, letzteres in etwa 10 %. Dieses stimmt auch mit dem Befund bei unsern Fällen ungefähr überein, bei denen 6 mal eins der Eltern erkrankt war und in einem Fall der Vater an Trunksucht litt.

Ueber die Einwirkung der Art der erblichen Belastung auf die Verlaufsform der Psychose läßt sich aus dem vorliegenden Material nichts sicheres feststellen. In 4 Fällen sehen wir eine gleichsinnige Vererbung, davon 3 Melancholien und 1 Manie. In der Tat wissen wir ja, vor allem aus den Untersuchungen von Reiß, daß das depressive Temperament, die konstitutionelle Depression, vielfach als solche eine klare Erblichkeit zeigt, während sich sonst in der Erbfolge Manie und Melancholie häufig ersetzen können.

Das manisch-depressive Irresein verläuft in Anfällen, deren Auftreten im allgemeinen von äußeren Einflüssen unabhängig ist. Diese Tatsache weist darauf hin, daß die eigentliche tiefere Ursache in einem krankhaften Dauerzustand zu suchen ist. Die verschiedene Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle spricht dafür, daß die Stärke der Veränderung, die wir als Grundlage des ganzen Krankheitsbildes voraussetzen, innerhalb weiter Grenzen schwanken muß.

Fs gibt gewisse Veranlagungen, die als Vorstufe des manisch-depressiven Irreseins angesehen werden.

Hübner zeigt an verschiedenen Typen der manisch-depressiven Veranlagung, wie vielgestaltig diese Veranlagung sein kann, daß aber alle noch so verschiedene Anlagevariationen und die ausgesprochenen Phasen des manisch- depressiven Irreseins aetiologisch durchaus zusammen gehören.

Kraepelin unterscheidet folgende hauptsächliche klinische Formen: Die depressive Veranlagung [konstitutionelle Verstimmung], die manische Veranlagung [konstitutionelle Erregung] und die reizbare Veranlagung, dann noch diejenigen Fälle, in denen häufig und unvermittelt Verstimmung und Erregung miteinander wechseln, die zyklothyme Veranlagung.

Die reizbare Veranlagung faßt Kraepelin als eine Mischung der manischen und depressiven Gemütsart auf.

Lange dagegen ist der Ansicht, daß bei der reizbaren Veranlagung, die Kraepelin umgrenzt hat, alle die fraglichen Persönlichkeiten nicht bloß durch Reizbarkeit, sondern auch durch andere mehr oder weniger in den Bereich der konstitutionellen Erregung bezw. jenen der konstitutionellen Verstimmung hineingehörige Züge gekennzeichnet seien, und er möchte es daher vorziehen, sie als Ausläufer dieser Gruppen zu betrachten, ebenso wie die konstitutionellen Zornmütigen, die Nitsche herausgehoben hat.

Bei unserem Material finden wir 2 Fälle ausgesprochener zyklothemer Veranlagung. Es bildet sich bei diesen 2 die zirkuläre Form des manisch-depressiven Irreseins aus mit ziemlich regelmäßigem Wechsel von Manie und Depression. Fall 19 und 21,

Zur konstitutionellen Erregung kann ein Fall [Nr. 20] gerechnet werden. Es handelt sich um eine Patientin, die von Jugend an leicht erregbar war und bei der sich mit zunehmendem Alter Erregbarkeit und Reizbarkeit verstärkten. Bei der Schilderung der Grundzustände erwähnt Lange unter der konstitutionellen Erregung ebenfalls 3 ganz ähnliche Typen, die mit ihrer tyranischen, herrischen, impertinenten Bosheit die gesamte Familie in Verzweiflung brachten.

Fall 14 zeigt uns einen Patienten mit hypochondrisch-depressiver Veranlagung. Hier ist aber noch die depressive Veranlagung gepaart mit leichter Reizbarkeit, die auch dem sich entwickelnden Krankheitsbild ihren Stempel aufdrückt.

Die ersten Anfänge des Leidens treten im allgemeinen selten schon im Kindesalter ein. Rümke beschreibt in einer mehr allgemeinen klinischen Arbeit über kindliche Psychosen 12 Fälle, die in das manisch-depressive Irresein gehören. J. Lange erwähnt ebenfalls einen Fall eines 10-jährigen Mädchens mit deutlichem manisch-depressivem Irresein.

Die größte Häufigkeit der Ersterkrankung fällt jedoch nach Kraepelin, mit dem die meisten Untersucher übereinstimmen, in die Entwickelungszeit. Nach dem 30. Lebensjahr nimmt die Zahl der Ersterkrankungen ab, um zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr nochmals anzusteigen.

Die Zahlen aus dem vorliegenden Material sind folgende:

- 20 J.	- 30 J.	- 40 J.	- 50 J.	- 60 J.
6	6	4	4	1

Sie stimmen also ungefähr mit den von Kraepelin angegebenen Tatsachen überein.

Die Begabung der Mehrzahl unserer Patienten ist gut, vielfach über dem Durchschnitt, wie auch Bleuler in seinem Lehrbuch angibt. Er ist auch der Ansicht, daß man in den höheren Ständen mehr Manisch-depressive findet als in niederen.

Dem Geschlecht nach sind von den 21 Fällen 15 Frauen, was einem Prozentsatz von 72 entspricht. Kraepelin errechnet aus der Münchener Klinik den Anteil der Frauen auf etwa 70%. In Rüdings Ausgangsmaterial, das nach der Sicherheit der Diagnose vielfältig überprüft wurde, treffen auf 100 Männer 196 Frauen, also etwa 63%. Bei Berücksichtiguug der württembergischen Selbstmordziffer erschließt Weinberg daraus ein tatsächliches Verhältnis von 100 Männern zu 160 Frauen, also etwa 61%. Die Ursache für die scheinbar häufigere Erkrankung der Frauen ist nach Ansicht Langes, daß allem Anschein nach Frauen weit eher anstaltsbedürftig werden als Männer, nicht nur, weil sie im allgemeinen affektiv weit ansprechbarer sind [das kann man, nach seiner Meinung, schon aus den Mengen von verbrauchten Beruhigungsmitteln, auf gleiche Belegstärke gerechnet, ohne weiteres erkennen], sondern auch, weil Männer durch die Notwendigkeit, ihre Familie zu ernähren, viel eher im Beruf auszuharren sich bemühen. Dazu komme noch die Absterbeordnung, welche die Frauen begünstigt, und endlich der Umstand, daß mancher manisch-depressive Mann unter ganz anderen Diagnosen psychiatrisch evident wird, vor allem wohl als Alkoholiker [siehe Fall 5]

Unter unseren Patienten finden wir 7 die der jüdischen Rasse angehören. Es ist ja bekannt, daß die Juden relativ häufig an manisch-depressivem Irresein erkranken. Es besteht ja überhaupt bei ihnen eine große Neigung zu endogenen Psychosen, was aber wohl kaum auf die Rasse als solche zu beziehen ist, sondern wahrscheinlich auf die viel häufigere Inzucht.

Was die Auslösung des manisch-depressiven Irreseins anbetrifft, so ist Rehm der Ansicht, im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren, daß sich sehr häufig ein auslösendes Moment feststellen lasse. Er findet es in 31% seiner Fälle.

Wenn wir daraufhin unsere Fälle betrachten, so sehen wir bei Fall 2 bei einem bisher ganz gesunden Manne von 41 Jahren nach einer schweren Grippe mit Kieferhöhleneiterung einen manischen Anfall eintreten. Bei Fall 18 entwickelt sich nach einer Operation das manisch-depressive Irresein, und bei Fall 21 sehen wir nach einer Geburt eine schwere Depression einsetzen. Bei den beiden letzteren Fällen bestand aber schon vorher ein labiler Zustand, und es ist anzunehmen, daß die Geburt und die Operation nur als Ursache für den Zeitpunkt des ersten Anfalles, nicht aber für die Auslösung des manisch-depressiven Irreseins selbst verantwortlich zu machen sind.

Die Schwere der einzelnen Anfälle ist ganz verschieden und scheinbar meist unabhängig von äußeren Einflüssen.

Akute intermediäre Erkrankungen blieben ohne Einfluß auf den Verlauf der bestehenden Krankheitsphase.

Ebenso zeigten die Menses meist keinen Einfluß auf den Verlauf. Nur in 2 Fällen sahen wir, daß sie verstärkend auf die maniakalische Erregung und depressive Stimmung wirkte.

Die Zeitdauer der einzelnen Anfälle beträgt mehrere Wochen bis zu $2^1/_2$ Jahren, im Durchschnitt 4—5 Monate. Die Länge des Intervalls zwischen 2 Anfällen ist ganz unregelmäßig.

3 mal trat der Tod im Anfall ein. Einmal bedingt durch Koma diabeticum, einmal durch Embolie, Beim dritten Fall ist eine sichere Todesursache nicht festzustellen. Bei hochgradiger Erregung der Patientin trat Kollaps ein mit Temperatursteigerung bis 41 Grad. Rehm beschreibt ebenfalls einen Fall, bei dem in der Erregung plötzlicher Exitus eintrat und bei dem bei der Obduktion eine Todesursache nicht festzustellen war.

Die meisten Fälle zeigten einen mehr oder weniger regelmäßigen Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen, je ein Fall nur eine manische oder eine drepressive Phase. 4 Fälle verlaufen als periodische Manie, einer als periodische Melancholie.

Nur wenige Fälle zeigen in ihrem ganzen Verlauf das typische Bild der Manie oder Melancholie. Häufig sehen wir Mischzustände, besonders bei Uebergang der einen Phase in die andere.

Bei verschiedenen Fällen finden wir hysterische, paranoide oder schizophrene Züge.

Typisch hysterische Züge zeigt der Fall 15. Diese treten dabei häufig so stark in den Vordergrund des Krankheitsbildes, — bei regelmäßigem Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen —, daß man

in diesem Falle wohl an eine Mischung von hysterischer Veranlagung mit manisch-depressivem Irresein denken kann.

Verfolgungsideen finden wir bei unserem Material bei 3 Fällen. In Fall 6 und 10 nur zur Beginn des Anfalles. In Fall 1 — es handelt sich um einen einmaligen depressiven Anfall — ist die ganze Phase von Verfolgungsideen durchsetzt, ohne daß es aber zu der Ausbildung eines ausgesprochenen Wahnsystems kommt. Bei Fall 6 sehen wir die Verfolgungsideen nach Größenideen auftreten, bei manischer Grundstimmung. Stranzky der dem Mechanismus dieser Verfolgungsideen nachgeht, findet sie bei der Manie ebenfalls aus Größenideen hervorgegangen, und er erklärt sie dadurch entstanden, daß bei der unkorrigierbaren Steigerung des Selbstbewußtseins der Manischen die Größenideen geeignet sind, Zusammenstöße mit der Umwelt herbeizuführen und dadurch die Vorstellung zu erwecken, er habe Feinde.

Die Verfolgungsideen bei der Depression lassen sich wohl leicht aus dem Gefühl der Minderwertigkeit entstanden denken.

Schizophrene Züge — Negativismus, Stereotypen, Manieren, Grimassieren — finden wir in einer ganzen Reihe von Anfällen. Urstein hat behauptet, daß alle Kranke, die vorübergehend einmal katatone Zeichen dargeboten hätten, mit schizophrenem Defekt enden würden, daß es sich also in diesen Fällen um eine Schizophrenie handele und nicht um manisch-depressives Irresein mit schizophrenen Zügen. Aber schon bei der Betrachtung unserer Fälle sehen wir keinen psychischen Defekt eintreten.

J. Lange errechnet den Prozentsatz der Anfälle, die ausgeprägte katatone Syndrome zeigen, bei seinem Material auf 14,3%. Er ist der Ansicht, daß eine ganze Reihe von besonderen Bedingungen geeignet ist, in zirkulären Psychosen katatone Erscheinungen hervorzurufen. »Allen diesen Bedingungen ist gemein eine unvollkommene Ausbildung der Schädigung der normalerweise wirksamen, das geistige Leben des Gesunden beherrschenden Gesamteinrichtungen, ob dies nun durch eine nicht zur Ausreifung gediehene Entwicklungsstufe, einen dauernden oder erworbenen Schwächezustand, eine zunehmende Erstarrung, eine toxische Schädigung oder aber schließlich eine tiefergreifende Bewußtseinstrübung geschieht«. Kindheit, Pubertät, Altersvorgänge, Alkohol und andere Gifte, Schwachsinn, Verwirrtheitszustände Mischzustände kommen hier seiner Meinung nach hauptsächlich in Betracht.

Daneben spielt auch die schizophrene Erblichkeit scheinbar eine wesentliche Rolle. Berce spricht davon, daß man faßt regelmäßig an Anlagenkombinationen denken müsse. Hahn hat dann in jüngster Zeit kasuistische Wahrscheinlichkeitsbelege für diese naheliegende Annahme gebracht.

Die Schwierigkeit der scharfen Trennung von manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie hat Kretschmer zu der Ansicht geführt, daß zwischen dem circulären und dem schizophrenen Formenkreis ein breites Mischgebiet von intermediären Psychosen liegt. Gaupp ist ähnlicher Ansicht. Nach biologischer Betrachtung der Krankheitsbilder und Ablaufweisen wäre die Aufteilung des Erfahrungsstoffes in starre Formen und scharf abgegrenzte Krankheitseinheiten nicht mehr ver-

einbar. »Wohl bleiben die großen Formenkreise mit ihren formalen und inhaltlichen Besonderheiten, aber sie verflechten sich und überkreuzen sich vielfach, und so entstehen Kombinationen und Mischformen, deren Eigenart im Symptombild, Verlaufstempo und Verlaufsart und schließlich wohl auch im Ausgang wirksam wird«. In demselben Sinne äußert sich auch Mauz: »Die Kraepelin'schen Krankheitsgruppen der Dementia praecox und des manisch-drepressiven Irreseins sind uns heute keine starren Krankheitseinheiten mehr, sondern in ihrer ursprünglichen Fassung biologisch fundierte, in Symptom und Verlauf wohl charakterisierte Hauptypen, zwischen denen es viele Verbindungen, Mischungen und Uebergänge gibt.

J. Lange sagt zu diesen Ansichten von Gaupp und Mauz, daß man, ohne die Wirklichkeitsnähe ihrer Beobachtungen zu bezweifeln, doch diese Folgerungen nicht mitzumachen brauche. »Vorderhand liegt uns die Annahme am nächsten, daß in zirkulären Krankheiten einheitliche oder doch nahe verwandte biologische Vorgänge am Werke sind, auch dann, wenn andere Anlageteile im Persönlichkeitsaufbau eine Rolle spielen.«

Ueber die Art dieser biologischen Vorgänge und das Wesen des manisch-depressiven Irreseins selbst wissen wir noch nichts. Nach Kraepelins Meinung handelt es sich vielleicht um ein abnormes Verhalten des Nervengewebes selbst. Bumke dagegen spricht mehr den chemisch-endokrinen Vorgängen ursächliche Bedeutung zu.

Von verschiedenen Untersuchern werden einzelne innersekretorische Drüsen für die Entstehung des Leidens

verantwortlich gemacht, z. B. die Schilddrüse. Sie spielt in den Erwägungen Stranzky's eine erhebliche Rolle, ohne aber sie selbst für das allein Ausschlaggebende zu halten. Er spricht von der Dysfunktion jenes Drüsenapparates, in dessen Kreislauf die Schilddrüse ein wichtiges Glied bildet. Unter unseren Fällen finden wir ebenfalls 3 mal eine Vergrößerung der Schilddrüse.

J. Lange zieht Parallelen zwischen dem manisch-depressiven Irresein und dem allgemeinen Rhythmus in der Natur. So vergleicht er die Depression mit dem Winterschlaf mancher Tiere und glaubt, daß man die innersekretorischen Vorgänge für die zirkulären Störungen nicht primär verantwortlich machen dürfe, daß vielmehr eine ganz zentral gesteuerte Störung anzunehmen sei.

LITERATUR.

Baillarger: De la Folie à double forme. (Ano. med.-psychol. 1880 S. 5).

Berne: Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig-Wien 1910.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Julius Springer, Berlin.

Bornstein M.: Ueber die Differenzialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Centralblatt für Psychiatrie und Nervenheilk. N. F. Bd. 20 1901.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. II. Aufl. Berlin 1924.

Falretis: Mémoire sur la folie, circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la réproduction successive et régulière de l'etat maniaque, de l'etat mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. Bull. de l'acad. de méd. 19.

Gaup und Mauz: Krankheitseinsicht und Mischpsychosen. Vers. südwestdeutsch. Psychiater am 23. X. 25. Zeitschr. f. d. ges. Neurl. und Psychiatrie Bd. 101 1926.

Kahn: Ueber die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, der Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurl. und Psychiatrie Bd. 34 1922.

Kahn: Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Berlin, Julius Springer 1923.

Hübner: Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufe. Arch. f. Psych. Bd. 60 Nr. 2 u. 3.

Kraepelin: Psychiatrie 1.—8. Auflage.

Kretschmer: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Zeitschr. f. d. ges. Neurl. und Psychiatrie Bd. 48 1919.

Lange J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handbuch der Geisteskrankheiten von O. Bumke. Berlin Julius Springer 1928.

Nitsche: Ueber chronisch-manische Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie und psych. gerichtl. Medizin Bd. 67 1910.

Rehm: Das manisch-melancholische Irresein. Julius Springer, Berlin 1919.

Reiss: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurl. und Psychiatrie Bd. 2, S. 347, 1910.

Rüdin: Ueber die Vererbung geistiger Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurl. und Psychiatrie Bd. 81, 1923.

Rümke: Ueber die Psychose bei Kinder, im Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie. Zeitschr. f. Nervl. 113|114, 1928.

Stransky: Das manisch-depressive Irresein. Handbuch der Psychiatrie v. Aschaffenburg. Franz Deuticke, Leipzig-Wien.
Urstein: Die Demention praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Berlin-Wien 1909.
Urstein: Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Berlin-Wien 1912.
Walker: Ueber manische und depressive Psychosen. Arch. f. Psychiatrie und Nervenheilkunde Bd. 42, S. 788, 1907.
Weygandt: Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899.

LEBENSLAUF.

Robert Becker, geboren 4. II. 01 zu Vorst bei Krefeld als Sohn des Kaufmannes Gottfried Becker und seiner Frau Anna geb. Töller, 4 Jahre besuchte ich die Volksschule zu Vorst, dann 5 Jahre die Rektoratsschule zu Süchteln und 4 Jahre das Realgymnasium zu Krefeld, wo ich Ostern 1920 das Zeugnis der Reife erhielt. Ich studierte dann Medizin an den Universitäten Münster, Köln, Freiburg und Bonn. In Münster bestand ich im Herbst 1922 die medizinische Vorprüfung und Frühjahr 1925 in Bonn das medizinische Staatsexamen. Danach war ich als Medizinalpraktikant und Assistent im Krankenhaus Mariahilf in M. Gladbach, in der Universitätsfrauenklinik in Bonn u. im Annakrankenhaus in Köln-Lindenthal tätig.